

Kundenname:

Stelle:

Datum der Fallanalyse:

Name des Sozialarbeiters:

Beamtenstab:

Druckdatum:

## Zusammenfassung der Dienstleistungen

Kundenname:

Datum der Fallanalyse:

Adresse:

Telefon:

Durchwahl:

Fallarbeiter:

Geschlecht:

Alter:

Telefon des Fallarbeiters:

Durchwahl:

Kontaktperson im Notfall:

Telefon:

Art:

( ) -

Reservepfleger:

Telefon:

Art:

( ) -

Muttersprache:

Spricht Englisch?

Dolmetscher notwendig?

Gesetzlicher Vertreter

Art:

Name:

Telefon:

Art:

( ) -

Hausarzt:

Telefon:

Art:

( ) -

Persönlicher Beistand:

Name

Telefon

Amtlicher Beistand:

Amtlicher Beistand

Telefon

German

Client Name:

Date printed:

Assessment Date

Page:

**Dienstleistungen, für die der Kunde seiner Leistungsfähigkeit entsprechend in Frage kommt:**

**Geplante Wohnsituation:**

**Klassifikation:**

**Tagestarif:**

**Stunden pro Monat:**

**Persönliche Pflege**

Autorisierung #1 \_\_\_\_\_

Autorisierung #2 \_\_\_\_\_

Autorisierung #3 \_\_\_\_\_

Insgesamt autorisierte Stunden \_\_\_\_\_

---

**Der Kunde hat Hilfe bei folgenden Aufgaben abgelehnt:**

---

**Im Folgenden werden die Bedürfnisse des Kunden aufgeführt, einschl. wer/was diese Bedürfnisse erfüllt und der vom Kunden bevorzugte Zeitplan:**

---

**Pfleger:**  
erfüllt die folgenden Bedürfnisse:

**Zeitplan:**

Tag	Zeitspanne	Anfangszeit	Endzeit

---

**Pfleger:**  
erfüllt die folgenden Bedürfnisse:

**Zeitplan:**

Tag	Zeitspanne	Anfangszeit	Endzeit

---

**German**  
Client Name:

Date printed:

Assessment Date

Page:

**Pfleger:**  
erfüllt die folgenden Bedürfnisse:

**Zeitplan:**

Tag	Zeitspanne	Anfangszeit	Endzeit

**Nötiges Material:**

Art	Zuständige Person	Stichtag

**Ziele des Kunden:**  
Kurze Beschreibung des Ziels:

**Status:** **Zuständige Person:**

Lange Beschreibung des Ziels:

---

**Kurze Beschreibung des Ziels:**

**Status:** **Zuständige Person:**

Lange Beschreibung des Ziels:

---

**Kurze Beschreibung des Ziels:**

**Status:** **Zuständige Person:**

Lange Beschreibung des Ziels:

---

**Kurze Beschreibung des Ziels:**

**Status:** **Zuständige Person:**

Lange Beschreibung des Ziels:

---

**NSA-Plan:**

**NSA-Beschreibung:**

---

**Name des zuständigen Fallarbeiters:**

---

**German**  
Client Name:

Date printed:

Assessment Date

Page:

**Telefonnummer des zuständigen Fallarbeiters:**

Die Rolle des zuständigen Fallarbeiters ist:

1. Analysen und Neuanalysen durchzuführen, um festzulegen, ob der Kunde für das Programm qualifiziert ist und um Zahlungen für Dienstleistungen zu autorisieren.
2. Einen Pflegeplan zusammen mit dem Kunden zu entwickeln.
3. Zu kontrollieren, dass Dienstleistungen dem Pflegeplan entsprechend geleistet werden, und den Plan nach Bedarf abzuändern.

Kunden haben das Recht, die Dienstleistungen des Fallarbeiters abzulehnen, mit Ausnahme der oben unter 1, 2 und 3 aufgelisteten Punkte.

**Ich bin mir der verfügbaren Alternativen bewusst und erkläre mich einverstanden mit dem oben dargelegten Pflegeplan. Ich autorisiere das Department of social and Health Services (DSHS, Departement für Sozial- und Gesundheitsdienste) und/oder den Repräsentanten des Aging Network (Altersnetzes), die zur Entwicklung meines Pflegeplanes nötigen Informationen zu erhalten oder freizugeben.**

---

---

Unterschrift des Kunden oder gesetzl. Vertreters

Datum

---

Pfleger

Datum

---

Unterschrift des Sozialarbeiters/zuständigen Fallarbeiters

Datum

---

German  
Client Name:

Date printed:

Assessment Date

Page: